

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT
DES NÉVRALGIES FACIALES
PAR
LES INJECTIONS D'ALCOOL

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 3 décembre 1908 à 1 heure

PAR

RENÉ BOMPARD

Président	M. POZZI, professeur.
Juges.	MM. RAYMOND, professeur.
	BAR, professeur.
	CLAUDE, agrégé.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS
G. JACQUES, EDITEUR
14, RUE HAUTEFEUILLE, 14

1908

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT

DES NÉVRALGIES FACIALES

PAR

LES INJECTIONS D'ALCOOL

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen Professeurs		M. LANDOUZY MM
Anatomie		NICOLAS
Physiologie		CH. RICHET
Physique médicale		GARIEL
Chimie organique et chimie minérale		A. GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD
Pathologie médicale		DEJERINE
		BRISSAUD
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE
Anatomie pathologique		CORNIL
Histologie		PRENANT
Opérations et appareils		QUENU
Pharmacologie et matière médicale		G. POUCHET
Thérapeutique		GILBERT
Hygiène		CHANTEMESSE
Médecine légale		THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie		Gilbert BALLET
Pathologie comparée et expérimentale		ROGER
		DEBOVE
Clinique médicale		LANDOUZY
		HAYEM
		DIEULAFOY
Clinique des maladies des enfants		HUTINEL
Clinique des maladies syphilitiques		GAUCHER
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		
Clinique des maladies du système nerveux		JOFFROY
		RAYMOND
		LE DENTU
Clinique chirurgicale		SEGOND
		BERGER
		RECLUS
Clinique ophthalmologique		DE LAPPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires		ALBARRAN
Clinique d'accouchements		PINARD
		BAR
Clinique gynécologique		POZZI
Clinique chirurgicale infantile		KIRMISSON
Clinique thérapeutique		ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice

MM.	COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECÈNE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON	DUVAL	LENORMANT	PROUST
BRINDÉAU	GOSSET	LÈPER	RENON
BROCA ANDRÉ	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BBUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ	MULON	

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT
DES NÉVRALGIES FACIALES
PAR
LES INJECTIONS D'ALCOOL

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 3 décembre 1908 à 1 heure

PAR

RENÉ BOMPARD



Président	M. POZZI, professeur.
Juges.	MM. RAYMOND, professeur.
	BAR, professeur.
	CLAUDE, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
G. JACQUES, EDITEUR
14, RUE HAUTEFEUILLE, 14

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR S. POZZI

Professeur de Clinique Gynécologique à la Faculté

Chirurgien de l'Hôpital Broca

Membre de l'Académie de Médecine

Pour le très grand honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant de présider notre thèse, et pour la très grande bienveillance qu'il a montrée à notre égard pendant tout le courant de nos études, bienveillance dont nous lui serons toujours reconnaissant.

A NOS MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

M. le Docteur, LAFFITTE, Médecin des Hôpitaux.

M. le Docteur POIRIER, Ancien Professeur d'Anatomie à la Faculté.

M. le Docteur POZZI, Professeur de Clinique Gynécologique à la Faculté.

M. le Docteur BRAULT, Médecin des Hôpitaux, Chef des travaux pratiques d'Anatomie pathologique à la Faculté.

M. le Docteur J.-L. FAURE, Chirurgien des Hôpitaux, Professeur agrégé à la Faculté.

M. le Docteur SIREDEY, Médecin des Hôpitaux.

M. le Docteur BAR, Professeur de Clinique Obstétricale à la Faculté.

M. le Docteur PROUST, Chirurgien des Hôpitaux, Professeur agrégé à la Faculté.

M. le Docteur JAYLE, Ancien Chef de Clinique à la Faculté.

M. le Docteur BENDER, Ancien Chef de Clinique à la Faculté.

M. le Docteur DARTIGUES, Ancien Chef de Clinique à la Faculté.

M. le Docteur LÆWY, Ancien Chef de Clinique à la Faculté.

A MONSIEUR LE DOCTEUR E. DELAUNAY

Chirurgien en Chef de l'Hôpital Péan

en reconnaissance des leçons d'excellente chirurgie que nous avons prises auprès de lui.

A NOTRE COMPATRIOTE

MONSIEUR LE DOCTEUR G. MILIAU

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion d'observer récemment deux cas de névralgie faciale traités avec succès par les injections d'alcool.

L'intérêt qui s'attache à cette question du traitement des névralgies du trijumeau, question mise à l'ordre du jour du dernier Congrès de chirurgie ; la simplicité et l'innocuité des injections d'alcool, les résultats excellents que nous avons vu obtenir, par ce procédé, nous ont conduit à faire de cette question l'objet de notre thèse inaugurale.

La méthode vaut en effet d'être mieux connue et plus communément pratiquée. Soit qu'on s'adresse aux bouquets terminaux, soit qu'on fasse porter l'injection plus profondément sur le tronc même des nerfs maxillaire inférieur, maxillaire supérieur ou ophtalmique, la technique des injections est actuellement bien réglée. Elle réclame une grande précision anatomique, au moins pour les injections sur les gros troncs nerveux, mais les points de repère utiles à connaître sont maintenant bien déterminés.

Nous n'avons pas cru devoir surcharger cette étude de la reproduction, à notre sens inutile, des observations antérieurement publiées. Ce qu'il importe, dans une question toute d'actualité, et encore controversée, c'est de verser aux débats des faits nouveaux, bien étudiés, et qui, s'ajoutant aux autres, permettront de mieux juger de la valeur des résultats obtenus. A cet égard, les deux observations nouvelles, très détaillées, que nous relaterons plus loin, nous paraissent constituer des documents précieux, et qui prouvent plus que de longues discussions théoriques.

Notre travail est divisé en trois parties :

1° Une partie anatomique, dans laquelle nous résumerons les données essentielles relatives à la topographie des branches du trijumeau ;

2° Une partie clinique, dans laquelle nous exposerons les divers types de névralgie faciale.

3° Une partie thérapeutique, où nous rappellerons les diverses méthodes chirurgicales employées, mais où nous nous étendrons spécialement sur la pratique des injections d'alcool.

Nous nous sommes efforcé de nous résumer le plus possible et d'exposer clairement les avantages d'une thérapeutique jeune encore mais qui semble appelée à un brillant avenir. On ne saurait encore, évidemment, formuler au sujet des résultats éloignés un jugement définitif mais, en présence d'une affection aussi rebelle et aussi pénible, on est en droit de conseiller une méthode thérapeutique qui s'est montrée presque toujours efficace et qui est parfaitement inoffensive.

CHAPITRE PREMIER

PARTIE ANATOMIQUE

Nous n'avons point l'intention de donner ici une description complète du trijumeau. Cela nous conduirait à reproduire simplement le chapitre correspondant d'un de nos traités classiques d'anatomie. Nous nous bornerons à rappeler les points indispensables à connaître au point de vue pratique que nous envisageons.

Ce qu'il faut savoir, c'est d'abord la situation précise des bouquets terminaux sur lesquels portèrent les injections superficielles, les plus communément pratiquées; c'est ensuite la voie à suivre pour aborder les gros troncs à leur émergence des trous de la base du crâne.

I. — Topographie des bouquets terminaux.

Les trois branches du trijumeau, nées au bord inférieur du ganglion de Gasser, divergent immédiatement à la manière d'une patte d'oie. Le nerf ophtalmique pénètre dans l'orbite à travers la fente sphénoïdale; le nerf maxillaire supérieur sort du crâne par le trou grand rond, le nerf maxillaire inférieur s'engage dans le trou ovale. Chacun de ces nerfs se distribue à un territoire déterminé de la face et c'est au niveau de l'épanouissement des rameaux terminaux dans les téguments qu'il faudra rechercher les points douloureux classiques de la névralgie

faciale : c'est là, au contact du nerf, dans son épaisseur même si possible, que durent être faites les injections d'alcool.

1° Nerf ophtalmique. — La branche ophtalmique de Willis pénètre dans l'orbite par la fente sphénoïdale et fournit trois nerfs : le **lacrymal** qui émerge à la partie externe de la paupière supérieure (*point palpebral*) ; le **frontal** dont la branche externe sort de l'orbite par le trou sus-orbitaire (*point sus-orbitaire*) ; le **nasal** dont la branche externe sort de l'orbite près du nez, au-dessous de l'angle interne de l'œil (*point nasal*), et dont la branche interne pénètre dans les fosses nasales et fournit un filet qui traverse le cartilage latéral du nez et s'épanouit au lobule nasal (*point naso-lobaire*).

Le territoire cutané de l'ophtalmique comprend : les deux tiers antérieurs de la région occipito-frontale, la région sourcilière, les deux tiers internes de la paupière supérieure, la partie la plus interne de la paupière inférieure et enfin la partie interne de l'aile du nez.

2° Nerf maxillaire supérieur. — Sorti du crâne par le trou grand rond, ce nerf arrive dans la fosse ptérygo-maxillaire. Il la traverse obliquement, s'engage dans la gouttière sous-orbitaire puis dans le canal sous-orbitaire et émerge au niveau du trou sous-orbitaire (*Point sous-orbitaire*). Parmi ses collatérales seules nous intéressent : le **nerf orbitaire**, dont un filet, le temporo-malaire traverse la pommette et s'épanouit à la joue (*point malaire*) ; les **nerfs dentaires**, chaque racine dentaire pouvant devenir un point douloureux (*points dentaires*).

Le territoire cutané correspondant aux filets terminaux présente une forme triangulaire à base dirigée en bas et en avant. Il comprend la partie externe de l'aile du nez, la lèvre supérieure et la partie antérieure de la région génienne.

3° Nerf maxillaire inférieur. — Du nerf maxillaire inférieur se détachent, peu après sa sortie du trou ovale, les branches qui sont le plus fréquemment atteintes dans la névralgie faciale.

Ce sont le **nerf auriculo-temporal** qui, après avoir traversé la glande parotéide, contourne le col du cardyle et se distribue à la tempe et au pavillon de l'oreille (*point auriculo-temporal*) ; le **nerf lingual** qui s'épanouit sur les bords de la langue (*point lingual*) ; le **nerf dentaire inférieur** qui émerge par le trou mentonnier (*point mentonnier*).

Le territoire cutané correspondant, très allongé dans le sens vertical, comprend la plus grande partie de la fosse temporale, qu'il déborde même un peu en haut pour empiéter sur la région pariétale, la partie postérieure de la région génienne, la partie supérieure de la région massétéline et la région mentonnière.

II. Manière d'aborder les gros troncs nerveux à leur émergence des trous de la base du crâne.

La plupart du temps il suffira d'injecter l'alcool au milieu des bouquets terminaux ou dans leur voisinage pour obtenir un soulagement. Mais, quelquefois ces injections deviennent inefficaces et l'on est conduit à faire porter l'injection au niveau même des gros troncs nerveux.

Il faut pour cela introduire l'aiguille jusqu'au contact des trous de la base du crâne et cette manœuvre ne présente pas, à la vérité, de trop grandes difficultés. Deux voies ont été employées dans ce but : la voie intra-buccale (Procédé de Schlösser-Ostwalt) et la voie externe (Procédé de Lévy et Baudouin). Nous décrirons successivement ces deux méthodes.

1° Procédé de Schlosser-Ostwalt. — L'auteur emploie une aiguille courbée en forme de baïonnette.

Nerf maxillaire inférieur. — On introduit l'aiguille derrière la dent de sagesse à travers muqueuse, sous-muqueuse et muscle ptérygoïdien externe, puis on la remonte dans la fosse zygomatique, le long de l'aile externe de l'apophyse ptérygoïde, jusqu'à ce qu'elle se heurte en haut à la grande aile du sphénoïde. On

mène ensuite le bout de l'aiguille en arrière, dans l'angle formé par l'apophyse ptérygoïde et la grande aile du sphénoïde jusqu'à ce que la résistance osseuse disparaisse. On tombe alors en plein sur le trou ovale.

Lorsque l'injection au trou ovale est terminée, pour aborder le *maxillaire supérieur* on conduit l'aiguille, toujours dans l'angle de la fosse zygomatique, en avant, jusqu'à ce que de nouveau on ne sente plus de résistance osseuse. L'aiguille se trouve alors au bord de la fosse sphéno-maxillaire. On y pénètre en faisant remonter l'aiguille de 6 à 9 millimètres et en se tenant toujours à la face antérieure de l'apophyse ptérygoïde. On arrive ainsi directement au trou grand rond et on peut sentir le bord supérieur de ce trou formé par le petit pont osseux qui le sépare de la fente sphénoïdale.

Dans les cas où la première branche est atteinte il n'y a qu'à pousser l'aiguille, une fois l'injection sur le maxillaire supérieur finie, encore d'environ 2 millimètres plus haut, en passant au-dessus du petit pont osseux ci-dessus mentionné. L'aiguille rencontre alors directement la *branche ophthalmique* à son passage à travers la fente sphénoïdale (1).

2° Procédé de R. Lévy et A. Baudoin (2). — Cette méthode diffère de la méthode de Schlösser-Ostwalt en ce que l'injection se fait non par voie buccale mais par voie externe. Les points de repert seraient plus faciles à déterminer et les auteurs les ont établis d'après des dimensions soigneuses de la région et à la suite de mensurations pratiquées sur 76 crânes.

Nerf maxillaire inférieur. — On prend comme point de repère l'arcade zygomatique. Si, partant du centre du trou ovale on tire vers l'arcade zygomatique une ligne horizontale, on remarque que cette ligne passe immédiatement en avant de la racine transverse du zygoma et par conséquent de l'articulation temporo-maxillaire. On prend alors un compas à pointes mousses et

1. *Presse Médicale*, 1905, p. 812.

2. *Presse Médicale*, 1906, p. 108.

on détermine le point situé au ras du bord inférieur de l'arcade, à 2 cent. $1/2$ en avant du *heurtoir de Farabœuf*. On désigne sous ce nom la branche de bifurcation descendante de la racine longitudinale du zygoma. Cette arête osseuse est très facile à sentir même sur le sujet revêtu de ses parties molles ; elle se continue en bas avec le rebord antérieur du conduit auditif osseux qu'on peut toujours reconnaître. Si l'on enfonce à ce niveau, normalement ou très légèrement en arrière, une aiguille, celle-ci, *arrivée à une profondeur de 4 centimètres*, pénètre le tronc du nerf maxillaire inférieur sortant du trou ovale. Dans ce trajet sont successivement traversés : la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, les insertions zygomatiques du manéter, la partie toute postérieure du tendon temporal. L'aiguille croise ensuite le bord supérieur du pterygoïdien externe dont elle peut dilacérer les fibres les plus élevées, puis arrive au tronc nerveux qui va s'épanouir en ses branches terminales.

On a passé devant la capsule de l'articulation temporo-maxillaire. Les organes dangereux (artère transverse de la face, maxillaire interne et veines correspondantes) sont situés dans un plan sus-jacent.

Nerf maxillaire supérieur. — Pour aborder ce nerf les auteurs ont employé également la voie sous-zygomatique. On prolonge verticalement le bord postérieur, toujours nettement perceptible, de l'apophyse orbitaire de l'os malaire jusqu'au bord du zygoma. A un demi-centimètre en arrière de ce point, au ras de l'arcade, on enfonce l'aiguille, en la dirigeant légèrement en haut, de manière à atteindre le plan horizontal affleurant l'extrémité inférieure des os propres du nez. Arrivée à 5 centimètres, la pointe touche le tronc du nerf maxillaire supérieur au plafond de la fosse ptérygo-maxillaire.

Il peut arriver qu'avant cette distance l'aiguille bute sur un plan osseux. Si c'est aux environs de 2 centimètres, il s'agit de la pointe anormalement développée du corone. Si c'est plus profondément c'est qu'on se trouve sur l'aile externe de l'apophyse pterygoïde. Dans les deux cas il suffit d'incliner légèrement en avant. Il faut cependant se méfier d'y aller par trop,

de peur de tomber dans la fente sphéno-maxillaire, ce qui exposerait à la pénétration du liquide dans l'orbite. Il faut, d'autre part, aller le plus haut possible pour rester au-dessus du trou sphéno-palatin qui conduit dans les fosses nasales.

On a traversé dans ce trajet la peau et le tissu cellulaire, les fibres antérieures du masseter, le bord antérieur du tendon du temporal qu'il est possible d'éviter en faisant ouvrir la bouche. On chemine alors dans la graisse de la fosse ptérygo-maxillaire où l'on côtoie sans les blesser les organes importants et on arrive enfin sur le tronc du nerf.

Nerf ophthalmique de Willis. — La première branche du trijumeau se divisant à l'intérieur du crâne on ne peut agir sur son tronc. Le nasal n'est guère accessible au milieu de nerfs moteurs importants qui l'entourent. Pour atteindre le frontal et le lacrymal on enfonce l'aiguille sur la face externe de l'orbite au niveau de l'extrémité inférieure de l'apophyse orbitaire externe du frontal. L'aiguille passe au-dessous de la glande lacrymale et suit le périoste sans intéresser ni le globe de l'œil ni aucun organe important. A la profondeur de 35 ou 40 millimètres on pousse l'injection.

La position de choix à donner au malade pour l'injection aux trous ovale et grand rond consiste à faire reposer la tête à plat sur un traversin peu élevé ; le malade étant naturellement couché.

CHAPITRE II

ETUDE CLINIQUE DES NÉVRALGIES FACIALES

Nous adopterons pour notre description la division qui a été donnée par M. Fernand Lévy, et nous décrirons :

1^o *La petite névralgie faciale* ou *névralgie faciale symptôme*, syndrome ressortissant à une foule de causes (irritation mécanique-inflammatoire du nerf de la cinquième paire ou de ses branches, se rencontrant à tous les âges de la vie, petite, non par l'intensité des douleurs qui sont quelquefois atroces, mais par la durée ordinairement courte, par son absence de récurrences et sa sédation prompte avec un traitement approprié.

2^o *La grande névralgie faciale* ou *névralgie faciale maladie*, peut-être du ganglion de Gasser, à coup sûr des centres nerveux, syndrome dont la recherche des causes se perd dans celles du tempérament et de la constitution (nerveux-migraigneux), se rencontrant surtout chez les gens âgés, *grande*, par la longue durée, des récurrences, la tenacité et la résistance aux moyens médicaux et chirurgicaux.

3^o Nous y ajouterons enfin une courte description des névralgies de la septième paire.

I. — Petite névralgie faciale.

C'est à cette forme que l'on peut appliquer la définition que Valleix a donné de la névralgie faciale en général et l'on peut dire que la petite névralgie faciale se caractérise « par une dou-

leur plus ou moins violente ayant son siège sur le trajet d'une ou de plusieurs branches de la cinquième paire, disséminée par points circonscrits, véritables foyers douloureux d'où partent par intervalles des élancements ou d'autres douleurs analogues et dans lesquels la pression convenablement exercée est plus ou moins douloureuse ».

A. Syndrome clinique de la petite névralgie faciale. —

Cette forme se caractérise :

- 1° Par une ou des douleurs spontanées ;
- 2° Par des élancements paroxystiques douloureux ;
- 3° Par une douleur provoquée par la pression et localisée au point comprimé.

a) Douleurs spontanées. — D'intensité variable, ces douleurs sont en général cependant peu violentes. Les malades éprouvent des sensations diverses, pesanteur, contusion, compression plutôt que de véritables douleurs. Celles-ci se présentent sans localisation et il est impossible de faire préciser nettement un point douloureux, le malade montrant en général la région endolorie (zone sus ou sous-orbitaire, zone maxillaire inférieure), et non un point précis quand on le sollicite à cet égard.

b) Élancements douloureux. — Les élancements douloureux sont inconstants, manquent au début et à la fin de la névralgie mais font rarement défaut à un moment quelconque de l'évolution de la maladie. L'élancement se caractérise par l'intensité de la douleur et son intermittence. Les malades les comparent tantôt à des décharges électriques en éclairs, des brûlures, des coups de couteau, des tiraillements, etc. Ces élancements sont très rapides, de durée fort courte. Ils naissent aux points d'émergence des nerfs dans les canaux osseux ou dans les dernières ramifications cutanéomuqueuses. De là ils se portent vers le centre (névralgie ascendante) ou la périphérie (névralgie descendante). Dans quelques cas ils partent des deux extrémités à la fois, ou, de plusieurs points différents mais alors sans se ren-

contrer (Valleix). Il est rare d'observer un élancement isolé, le plus souvent des élancements surviennent en série, séparés les uns des autres par de très courts intervalles. Ils constituent ainsi de véritables accès qui sont rarement subintrants mais peuvent se répéter plusieurs fois dans une journée et même dans certains cas plusieurs fois dans une heure, dans une minute. Chez certains malades ils sont spontanés, périodiques. Chez d'autres ils sont provoqués tantôt par l'impression du froid sur les parties malades, tantôt par le simple contact, tantôt par le mouvement des mâchoires. Souvent au moment des élancements, on observe des irradiations douloureuses hors de la zone atteinte de névralgie, c'est-à-dire dans les régions innervées par les autres branches du trijumeau, et d'autres nerfs, région cervicale (plexus superficiel et profond), bras, poitrine.

c) Douleurs provoquées. — La pression exercée en certains points détermine une sensation douloureuse. Ces points ont été étudiés par Valleix. C'est d'abord dans la névralgie totale les points sus-orbitaire, sous-orbitaire, mentonnier, situés sur une même ligne verticale, points où l'on peut comprimer le nerf de même nom à la sortie de son canal osseux. Valleix a signalé toute une série de points : dans la névralgie ophtalmique les points palpébral, nasal, naso-lobaire, oculaire ; dans celle du maxillaire supérieur, le point malaire plus rare que le sous-orbitaire, les points dentaire ou alvéolaire moins bien circonscrits, labial supérieur, pituitaire, palatin ; dans la névralgie de la 3^e branche les points temporal, temporo-maxillaire, mentonnier, lingual, labial inférieur, dentaire inférieur, pariétal.

Pour Valleix, la douleur provoquée par la pression siège au point d'où naissent les élancements et il faut la rechercher avec l'extrémité du doigt. Ces points douloureux, sur lesquels Valleix s'est longuement étendu ont été admis (Neucourt, Trouseau, Oxenfeld (peuvent manquer). Austic, Leuder, Spring, Erb, Bernhardt, Oppenheim, niés par nombre d'auteurs (Remberg-Eulenburg (inconstants).

Mais comme le fait justement remarquer M. Fernand Lévy

c'est que le plus souvent les auteurs ont confondus les petites névralgies avec la grande névralgie. Cette dernière ne présente jamais de points douloureux. Les premières, au contraire, qui traduisent le plus souvent un processus léger de névrite, présentent d'une façon constante des points douloureux sur le trajet des nerfs.

B. Formes cliniques. — On a pu décrire un nombre considérable de formes suivant la localisation anatomique de la névralgie. Il semble plus naturel avec Lévy de donner les principaux caractères particuliers à chacune des formes étiologiques de ce groupe de petites névralgies faciales.

a) Névralgie faciale dentaire. — C'est certainement la plus commune parmi les névralgies du trijumeau.

La forme la plus ordinaire est purement locale localisée à la dent malade (névralgie dentino-pulpaire) : la douleur est exaspérée par le froid, le chaud, les acides, le sucre. A l'examen local, on constate une carie qui s'arrête à l'ivoire ou pénètre à la pulpe.

Souvent aussi la névralgie s'accompagne de douleurs irradiées. Celles-ci prédominent au pourtour de la dent malade, s'étendent aux dents saines du même côté et même s'irradient aux dents du côté opposé. Elles s'accompagnent d'élancements très douloureux, qui peuvent s'étendre aux régions temporale, sous-scapulaire, cervicale. Il existe des points douloureux non seulement au niveau des trous d'émergence, mais encore en des zones variables des téguments. Les aliments, les mouvements de la mâchoire augmentent les douleurs continues ; au contraire les boissons, l'air frais, les applications froides les calment. L'examen local montre une fluxion autour d'une dent malade, fluxion qui peut disparaître ou évoluera vers la suppuration. Cet état s'accompagne généralement de phénomènes congestifs du côté de la face, phénomènes qui peuvent s'accompagner de rhinorrhée et de salivation.

Dans d'autres cas la névralgie apparaît la première en pleine

joue, ce n'est que secondairement qu'elle se localise au niveau d'une dent en même temps qu'apparaît la fluxion. Dans nombre de cas elle siège au niveau d'une dent saine, l'on devra pour éviter une erreur chercher du côté opposé où souvent l'on trouvera malade la dent antagoniste. Enfin on peut observer des névralgies faciales dues à une ou des dents cariées non douloureuses. L'examen de la bouche est donc absolument nécessaire pour reconnaître la cause de la névralgie et en constituer la thérapeutique. Cet état s'accompagne le plus souvent de troubles généraux, agitation, insomnie, on a pu même noter du délire : il existe souvent une petite poussée thermique. Dans la plupart des cas la thérapeutique locale améliore considérablement le plus souvent totalement l'état névralgique.

b) Névralgies faciales paludéennes. — Ces névralgies se rencontrent dans les pays soumis aux influences maremmatiques. Elles ont pour caractères de se présenter sous forme de crises diurnes, périodiques, calquées sur les types des fièvres paludéennes (quotidien, uni ou biquotidien, tierce, quarte), pouvant alterner avec d'autres accidents paludéens, mais surtout cédant rapidement aux *préparations de quinquina*.

c) Névralgies faciales syphilitiques. — Dans ce groupe on range les névralgies faciales de la période secondaire et de la période tertiaire.

La première forme (septicémie syphilitique) doit être recherchée, elle peut être perdue au milieu d'autres symptômes tels que la céphalée. En général la névralgie est bilatérale (caractéristique), surtout nocturne, les paroxysmes étant généralement peu violents. Les points douloureux sont le sus-orbitaire, le naso-lobaire, quelquefois le sous-orbitaire, le mentonnier. Elle est souvent associée à d'autres névralgies, intercostales, sciatiques. Il existe de l'hypertension du liquide céphalo-rachidien sans lymphocytose. Les réflexes sont exagérés. Ces névralgies sont capricieuses, disparaissent, reviennent avec la même facilité : disparaissent généralement seules avec la roséole.

Les névralgies de la période tertiaire tiennent à la compression

le plus souvent déterminée par de la pachyméningite syphilitique du nerf trijumeau à la base du cerveau, au niveau du ganglion de Gasser et dans son voisinage. Le plus souvent il y a en même temps paralysie du nerf, paralysie sensitive et motrice. Cependant en général le début se fait par des phénomènes douloureux qui persistent pendant toute la durée de la névralgie ou cèdent le pas à la paralysie. Ces phénomènes douloureux consistent en céphalée vespérale avec douleurs névralgiques violentes continues ou apparaissant comme des décharges électriques. Bientôt les phénomènes d'anesthésie apparaissent intéressant toute la sphère du nerf : front, tempe, joue, cornée, voûte palatine, gencives. S'il n'y a pas de paralysie motrice l'excitabilité faradique des masticateurs est très diminuée. Les reflexes cutanés muqueux ont disparu. Cette forme s'accompagne de troubles trophiques se traduisant sous forme de poussées zostériennes : on a vu des ulcérations de la cornée suivies de la fonte purulente de l'œil, des lésions dentaires. En général cette forme s'accompagne d'autres lésions de méningite sclérogommeuse intéressant la 3^e paire, la 7^e, la 8^e paire. On trouve de la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien. Enfin le traitement mercuriel améliore ces névralgies mais n'amène pas toujours la guérison complète.

d) *Névralgie faciale tabétique.* — Pierret a le premier montré que le trijumeau pouvait être atteint au cours du Tabès. La névralgie peut affecter le type intermittent (élancements, coups de canif dans les différentes branches) ou le type douleur continue avec exacerbation. Dans ce dernier cas la douleur siège autour des orbites, à la racine du nez. Elle s'accompagne de photophobie, d'épiphora et l'œil lui-même peut être douloureux (certains malades disent qu'il semble qu'on leur arrache l'œil). Enfin il existe des troubles de la sensibilité en rapport avec des lésions du ganglion de Gasser (fourmillements, picotements, anesthésie, analgésie, thermo-algésie) et même des troubles trophiques, chute des dents, mal perforant buccal, poussées éruptives sur la peau et les muqueuses. Il suffit de rechercher les

autres signes du tabès pour les retrouver. On doit noter que souvent cette névralgie est un symptôme de tabès au début.

e) *Névralgie faciale des tuberculeux.* — Cè serait d'après Perroud la plus fréquente des névralgies chez les *tuberculeux*. Unilatérale du côté malade, elle occupe les régions sus-orbitaire, fronto-temporale et se caractérise par des douleurs continues ou intermittentes avec exacerbations et irradiations au cou, à la nuque. Elles alternent le plus souvent avec d'autres névralgies : membres supérieurs, sciatique, intercostale, *interscapulaire*, *cruurale*. Ces crises névralgiques durent 3, 6 jours, peuvent persister des mois par périodes de 15 jours.

f) *Névralgies faciales infectieuses.* — Elles ne présentent aucun caractère particulier. Liées à une septicémie (fièvre typhoïde par exemple, grippe) elle est souvent associée à d'autres névralgies.

i) *Névralgies faciales toxiques.* — À côté des intoxications banales qui peuvent la produire, on a pu isoler une forme particulière, la névralgie faciale diabétique proprement dite. Le plus souvent symétrique, très douloureuse, tenace (Rosen, Costes, Charcot Worms) disparaissant avec un régime approprié.

j) *Névralgie faciale hystérique.* — Les crises peuvent affecter la forme odontalgique mais il n'y a pas de dent malade (Sydenham), ou la forme paroxysmes douloureux ; dans ce cas la névralgie est précédée souvent d'un aura, dure en temps variable (1 heure ou 2) et se termine par une crise convulsive. En général les causes morales ont une grosse influence sur l'apparition et la disparition de ces deux variétés de névralgie faciale.

C. **Evolution de la petite névralgie faciale.** — Le début varie avec la cause : rarement brutal, il est le plus souvent graduel et progressif. C'est d'abord une douleur sourde qui se complique d'élancements passagers, ou ce sont simplement des accès douloureux dont l'intensité n'égale jamais à ce moment la violence qu'ils présenteront plus tard. Ces douleurs arrivent à leur

apogée à la période d'état en quelque sorte en 8, 10, 15 jours. Alors les accès se répètent d'une façon variable, tantôt subintrants, tantôt régulièrement périodiques à raison de 1, 2 en 24 heures, tantôt irréguliers, plusieurs fois dans une minute, dans une heure, mais suivant généralement une courbe d'abord ascendante puis horizontale, enfin descendante. D'une façon générale on peut avec Valleix décrire en quelques mots la marche de la maladie : invasion graduelle, période d'état caractérisé par de très grandes variations dans les douleurs et déclin graduel comme l'invasion. La durée en est variable et Valleix lui-même l'a fixée de 10 minutes à 3 mois. C'est dire que le pronostic est le plus souvent favorable. Ces névralgies ayant le plus souvent une cause bien nette ; celle-ci supprimée on voit la névralgie disparaître et la guérison se produire et persister.

II. — La grande névralgie faciale.

Cette forme a été entrevue par Valleix : « chez un petit nombre de sujets, la névralgie se reproduisait une ou plusieurs fois par an surtout pendant l'hiver et se dissipait ordinairement après une courte durée, soit spontanément soit sous l'influence d'un traitement quelconque. Ceux qui étaient atteints de cette sorte de névralgie présentaient souvent des douleurs de même nature dans diverses parties du corps et étaient sujets à des migraines plus ou moins fréquentes. Cependant, cet auteur n'a pas nettement séparé la grande névralgie de la petite névralgie faciale.

Trousseau en a donné dans ses cliniques une description courte mais parfaite :

« Un individu qui un instant auparavant n'éprouvait aucune sensation extraordinaire et témoignait hautement de l'absence totale de souffrance, est tout à coup pris d'une horrible douleur au moment où il vous parle. Vous le voyez porter la main à son visage, qu'il presse avec une force extrême, qu'il frictionne avec une énergie extraordinaire, au point que ces frictions répétées finissent par détruire complètement le système pileux du

côté malade. Il balance sa tête entre ses mains en poussant des gémissements étouffés. Cette scène dure 10, 15 secondes, 1 minute au plus et le tout est fini sans convulsions. L'individu reprend son discours interrompu, jusqu'au moment où il vous rendra témoin d'un nouveau paroxysme. *Voilà la névralgie épileptiforme simple.* Ou bien au moment où la douleur commencera vous verrez tous les muscles du côté du visage agités de mouvements convulsifs rapides et l'attaque comme pour le précédent malade sera accomplie en une minute au plus : voilà *la névralgie épileptiforme convulsive, le tic douloureux.* Depuis, de nombreux auteurs ont insisté sur le caractère paroxystique des douleurs, leur début brusque, leur terminaison rapide (Gilles de la Tourette, Zimmern), la plupart ont noté la présence constante de troubles sécrétoires, trophiques, vaso-moteurs. Verger décrit cette forme grave sous le nom de *paralysie faciale d'origine centrale* et lui reconnaît les caractères suivants :

1° Une évolution longue, par étapes, avec des accalmies spontanées qui peuvent être très prolongées.

2° La manifestation intermittente des douleurs sous forme de paroxysmes brefs, apparaissant et disparaissant subitement et séparés par des intervalles d'indolence complète.

3° L'absence habituelle de véritables zones douloureuses la douleur revêtant le type de la douleur en feu d'artifice autour d'un point central avec des irradiations centrifuges.

4° L'influence provocatrice habituelle des mouvements de mastication, de déglutition, et de phonation et de l'ingestion des boissons trop chaudes ou trop froides.

5° L'impossibilité habituelle de provoquer les paroxysmes par les irritations périphériques impossibilité complète ou n'existant que dans la période post-paroxystique.

6° L'absence des points de Valleix.

7° L'absence de troubles par défaut de la sensibilité du visage.

8° L'existence de phénomènes spasmodiques toniques ou cloniques au cours des paroxysmes. Aucun de ces caractères n'est absolument constant bien entendu, mais l'ensemble quelque peu incomplet reste suffisamment caractéristique. On peut

encore accessoirement constater : des troubles pupillaires, consistant dans l'absence de réaction du paroxysme douloureux et à la douleur provoquée, des troubles paroxystiques sécrétoires ou vaso-moteurs ».

A. Description du syndrome. — Cette forme se présente donc avec une individualité propre et se manifeste par un syndrome autonome constitué : 1^o par un *symptôme principal* des crises douloureuses, et 2^o par des *phénomènes accessoires* d'ordre sensitif moteur, vaso-moteur, sécrétoire trophique.

1) *Symptôme principal : les élancements douloureux paroxystiques.* — La douleur se présente sous forme d'élancement douloureux. Le début peut être brusque et la douleur arrache un cri au malade. D'autrefois il est précédé de prodromes divers : sensation de balancement, d'oscillation dans la masse encéphalique (Bérard), sensation pénible analogue aux balancements d'une pendule (Trousseau), aura sensorielle : sentiment de chaleur intranasale, démangeaison à l'aile droite du nez suivie d'un effort d'éternuement (Bérard), picotement partant du nez (Verger), sensations de fourmillements, de picotements aux gencives, agacement des dents, bourdonnements d'oreilles, etc. (Lévy), aura sécrétoire ou vaso-moteur : larmes ou salivation.

Les crises peuvent se produire spontanément ou être provoquées par une émotion par exemple, un processus physiologique comme les règles, un phénomène physique comme la chaleur, le froid. La marche contre le vent, la respiration un peu rapide peuvent également les provoquer.

La douleur éclate puis augmente progressivement d'intensité ou atteint d'emblée son maximum. Elle porte sur une seule branche nerveuse, surtout le maxillaire supérieur beaucoup plus rarement les branches du maxillaire inférieur : nerf dentaire, nerf lingual. La branche ophtalmique de Willis n'est envahie que tardivement dans les névralgies du maxillaire supérieur. Le début du paroxysme peut se faire au niveau des parties dures (dents) ou au niveau des parties molles. C'est dans le premier

cas, qu'on voit ces malades soignés d'abord pour une odontalgie simple subir ensuite l'extraction d'une ou de plusieurs dents, même saines : ces interventions n'amènent aucune sédation des douleurs, mais au contraire les exaspèrent. Dans le second cas, la douleur d'abord localisée aux régions labiale, sus-orbitaire, malaire, mentonnière, linguale, ne tarde pas à s'accompagner de douleurs osseuses, qui peuvent être exagérées en certains points par la pression en dehors, mais surtout, pendant les paroxysmes. Les élancements suivent tantôt l'arcade dentaire allant de l'inférieure vers la supérieure ou réciproquement, tantôt suivant le trajet du nerf affectant le type ascendant ou descendant, c'est ainsi que l'on voit des fulgurations parties de la lèvre supérieure gagner le haut de l'aile du nez, la région sous-orbitaire et même s'étendre presque vers l'œil. On peut observer la douleur isolée des parties osseuses et des parties molles, ou les voir souvent se combiner, ou alterner. Ces douleurs sont atroces et les malades les comparent tantôt à des pulsations, des élancements, des martellements ; tantôt ils ont une sensation de perforation : c'est un coin qui s'enfonce dans la tête, d'autrefois des coups de couteau, un fer rouge qui pénètrent la joue. Enfin pour certains, des douleurs en éclairs, des sensations d'arrachements, de torsion. Mais il est nécessaire de savoir qu'à chaque accès les paroxysmes douloureux ont en général une expression différente ; le mode de douleur variant chaque fois. Ces douleurs se succèdent à intervalles brefs, leur nombre va de l'unité (rare), de 2, 3 à plusieurs centaines. Leur groupement constitue un accès paroxystique. La durée de l'accès est excessivement variable de quelques secondes, à quelques minutes, un quart d'heure, une demi-heure rarement une heure. Ces douleurs peuvent être calmées par les pressions fortes, les frictions prolongées. En général elles cessent brusquement, mais laissent quelquefois après elle un vague sentiment d'engourdissement.

Malheureusement un rien suffit à les rappeler : le moindre frolement de la peau, le moindre mouvement des lèvres, des paupières, des muscles de la face, mastication, déglutition, la chaleur du lit les réveille, aussi le malheureux malade se fige

dans une immobilité absolue au moment des périodes de crises. Il n'ose ni causer, ni manger, ni mastiquer, ni déglutir même la salive qui coule au dehors : c'est à peine s'il consent à prendre de temps en temps un peu de liquide. Pendant la crise, tantôt le patient triste, abattu, garde le silence, tantôt comprimant la région douloureuse avec ses mains il se promène avec agitation. D'autrefois les malades produisent des contorsions des muscles de la face qu'il ne faut pas prendre pour des secousses épileptiformes et qui calment les douleurs. Enfin certains se frictionnent avec énergie, se mordillent les lèvres, machonnent à petits coups, font des grimaces et poussent d'horribles cris, tandis que d'autres ont de véritables accès de rage qui peuvent conduire ces malheureux jusqu'au suicide.

Ces crises névralgiques sont d'abord espacées puis elles se rapprochent en augmentant de violence. Bientôt elles deviennent continues et mêmes subintrantes. C'est dans ces cas qu'on voit survenir des troubles de l'état général résultant de l'insomnie, de la dénutrition et que l'on voit ces pauvres malades presque réduits à l'état de squelette.

2) *Symptômes accessoires.* — Tous ces symptômes résultent de lésions nerveuses. Ils existent dans toutes les formes de névralgie faciale mais sont à leur apogée dans la grande névralgie.

On peut les diviser en troubles sensitifs, moteurs, vasculaires, sécrétoires, trophiques.

a) *Troubles sensitifs.* — Pour Nothnagel il y aurait hyperesthésie dans les névralgies récentes remontant à moins de 2 mois, anesthésie dans les formes anciennes. Cette formule est loin d'être absolue. A côté des phénomènes de fausse hyperesthésie que nous avons signalé (douleur dans la sphère nerveuse malade et non au point touché dans les crises paroxystiques causées par un simple frôlement de la peau du visage), il existe encore un véritable état d'hyperalgésie capable d'arracher des cris aux malades à la suite d'un simple contact, d'un léger attouchement : pour Zimmern ce fait serait caractéristique de la grande névralgie. Verger a signalé des zones d'hypoesthésie correspondant

aux régions malades. Enfin il est fréquent d'observer des troubles paresthésiques : fourmillements, picotements, engourdissements dans la région douloureuse apparaissant avant ou entre les paroxysmes douloureux. L'anesthésie de la 5^e paire est rare, elle survient un temps variable après les crises douloureuses. C'est une anesthésie totale : douleur, température, contact. Elle peut être complète, la cause irritative siège alors dans le tronc nerveux ou dans le ganglion de Gasser. Incomplète elle est une manifestation de névrite névralgique. Les dysesthésies sont d'ordre névropathique.

5) *Troubles moteurs.* — Les troubles moteurs peuvent se traduire par des phénomènes d'excitation ou de paralysie. Les premiers phénomènes convulsifs peuvent être volontaires ou involontaires.

Dans le premier cas ce sont des attitudes que les malades impriment aux muscles de la face de véritables contorsions dans le but de calmer leur douleur. Les contractions deviennent bientôt fréquentes, rapides, pour ainsi dire réflexes et même permanentes. On observe : tantôt le plissement du front, tantôt la fermeture de l'œil, tantôt la contraction ou la distorsion des lèvres, de la langue, tantôt des mâchonnements répétés et fréquents, etc.

Dans le second cas, il s'agit de convulsions qui, nettes, sont caractéristiques de la grande névralgie faciale. Comme le signale Lévy c'est un phénomène surajouté pouvant faire défaut au cours des premières crises douloureuses et ne se reproduisant pas constamment à chaque paroxysme une fois qu'il est apparu. De nombreux auteurs ont attiré l'attention sur ces phénomènes convulsifs : André, Wepfer, Pujol, Helliday, Bérard, Valleix, Fleury. Trousseau a bien décrit la névralgie épileptiforme avec tic. Axenfeld a longuement insisté sur les mouvements convulsifs qui accompagnent dans certains cas la névralgie du trijumeau et qui lui ont valu le nom de tic douloureux. Ces mouvements résultent d'une action réflexe propagée de la 5^e à la 7^e paire. On peut en distinguer deux espèces :

1^o) Tantôt, ces spasmes se lient à une intensité extrême des douleurs : un acte psychique, la souffrance forme l'intermédiaire entre la sensation point de départ et le mouvement aboutissant à l'action cérébrale : en pareil cas, les deux moitiés du visage sont convulsées. Le côté affecté lui-même se meut dans une étendue plus grande que celle occupée par la douleur ; une volonté énergique peut y mettre obstacle ; c'est à peu de chose près comme si une douleur violente siégeait ailleurs qu'à la face.

2^o) D'autres fois, ces mouvements semblent dépendre moins de la vivacité de l'impression perçue que d'une stimulation particulière qui, à travers les centres nerveux, se propage du nerf sensitif au nerf moteur de la face ; on voit alors la convulsion et la névralgie coïncider par superposition et l'on dirait chaque muscle galvanisé isolément par la douleur qui est ressentie dans le point correspondant ; l'influence de la volonté est alors nulle pour empêcher ou atténuer le mouvement. Ces deux sortes de mouvements que nous venons de représenter comme formant deux espèces distinctes, sont loin de s'exclure et assez souvent on les voit associés dans les névralgies intenses ». Bernhardt parle de leur propagation aux autres muscles du corps sans vouloir discuter le rôle dans ces cas de l'hystérie, de l'épilepsie. Zimmern distingue la grimace qui correspond à la distorsion du visage de Valleix et le tic qui engendre des spasmes plus simples, plus décomposés. Verger admet comme constant, dans la névralgie faciale d'origine centrale les spasmes toniques ou cloniques de la face pouvant s'accompagner de mouvements réflexes associés exécutés par les membres.

Ces mouvements convulsifs, tous les auteurs sont d'accord sur ce point, caractérisent la grande névralgie faciale. Ils débutent dans le cours de la maladie, se présentent d'abord sous la forme de petites secousses fibrillaires et partielles des muscles qui entourent les orifices : œil, nez, bouche. D'abord limitées, les convulsions peuvent s'étendre à tout un côté de la face et bientôt se combinent à des grimaces volontaires puis réflexes qui peuvent envahir les muscles du cou, du tronc (Lévy), et dans certains

cas on pourrait croire à première vue à un tic convulsif généralisé.

Les phénomènes paralytiques sont beaucoup plus rares. Ils portent sur la branche motrice du trijumeau (paralysie des masticateurs). On a signalé également des paralysies des nerfs moteurs de l'œil et beaucoup plus rarement du facial. Marchal, de Calvi, Corvisart, Bodin, Notta en ont rapporté des observations.

c) Troubles vasculaires. — Nous laissons de côté bien entendu les phénomènes vaso-moteurs pouvant relever d'un état inflammatoire local ou d'un état général avec fièvre. Ce point précisé, on observe fréquemment au cours des paroxysmes douloureux des changements de coloration (pâleur, surtout rougeur), des téguments de la face, en rapport, semble-t-il, avec la crise elle-même. Les battements artériels dans la région douloureuse seraient accélérés (Van Swieten), seraient plus forts (Franck, Bellingeri, Bernhardt). On peut aussi trouver des congestions localisées dans la sphère du nerf atteint de névralgie, mais seulement dans les névralgies des deux premières branches. C'est ainsi qu'on peut observer la rougeur de l'œil, même avec chemosis (Notta en a rapporté 34 cas). Dans 21 cas elle n'apparaissait qu'au moment des paroxysmes, dans 9 cas elle était permanente. On a pu signaler la congestion de la muqueuse nasale allant jusqu'à l'ecchymose (Bernhardt), le gonflement des gencives et de la langue. Tous ces troubles relèvent de l'irritation des filets sympathiques qui sont mêlés aux fibres de la cinquième paire.

d) Troubles sécrétoires. — Ils sont assez fréquents et peuvent atteindre toutes les branches qui reçoivent des filets du trijumeau.

Sécrétion lacrymale. — Le larmoiement existait dans la moitié des cas de névralgie des deux premières branches (Rotta), rarement isolé il s'accompagne le plus souvent de rougeur oculaire et de photophobie. Il se produit à l'apogée de la crise (Leydig), ou comme phénomène critique (Bérard). Pour Notta il est consécutif aux phénomènes vaso-moteurs (rougeur) ; quand il est isolé il est sous la dépendance de l'irritation du nerf lacrymal.

Sécrétion nasale. — Les troubles de ce côté sont beaucoup

plus rares et il ne faudra pas interpréter dans ce sens un coryza accidentel ou l'écoulement des larmes par le canal nasal. Néanmoins il existe des faits nets de troubles sécrétoires du côté du nez (Notta).

Sécrétion salivaire. — Signalée comme constante par André, elle est déclarée plutôt comme rare par Sauvages, Valleix, Notta et ne se rencontre guère que dans les névralgies de la troisième branche, et encore il ne faut pas la confondre avec la sialorrhée qui résulte de l'immobilité dans laquelle le malade maintient tout son appareil masticateur dans la crainte de voir de nouvelles crises se reproduire. Notta a vu dans un cas une salivation abondante au point de retentir sur l'état général, dans un autre cas il a observé le gonflement de la sous-maxillaire. Il semble qu'on ne l'observe que dans les névralgies graves (Zimmern-Lévy).

Sécrétion sudorale. — Notta a signalé dans un cas des sueurs localisées au front. Dans d'autres cas l'éphidrose, localisée du côté malade est signalée.

Sécrétions multiples. — Plusieurs sécrétions peuvent coïncider épiphoro-rhinorrhée. MM. Klippel et Lefas en ont rapporté un cas curieux, où les crises sécrétoires (nasale, salivaire, pharyngée) accompagnèrent d'abord puis se substituèrent complètement aux crises douloureuses.

e) *Troubles trophiques.* — Ils peuvent porter sur la peau, les phanères, les organes des sens.

Peau. — On a décrit l'hypertrophie cutanée de toute l'hémiface malade ou l'hypertrophie localisée à la région malade (lèvre supérieure, région fronto-temporale, région sous-orbitaire), l'examen de la mâchoire n'ayant pas révélé de dent malade. On a vu dans quelques cas la section du nerf guérir la névralgie et l'hypertrophie de la face. On a observé aussi l'atrophie du côté malade, des éruptions diverses (lichen, poussées d'acné), parmi lesquelles le zona seulement ophtalmique ou complet étendu à toutes les branches est de beaucoup la plus fréquente. Enfin les phanères sont souvent troublées dans leur

évolution : on peut voir la chute des cheveux, et Jacquet considère la pelade comme une lésion succédant le plus souvent à des altérations variées, généralement dentaires, de la sphère du trijumeau. Dans certains cas on a observé le phénomène inverse une poussée abondante de cheveux qui étaient plus durs, plus épais. Assez souvent on a noté des ilots de poils blancs en pleine chevelure ou barbe. En général, ces troubles s'atténuent avec les douleurs.

Vue. — La photophobie suit la rougeur et le larmolement. On peut noter de la mydriase, du myosis. Vergeſ a observé de l'inégalité pupillaire, avec des réactions lumineuses et accommodatives normales ; cependant la pupille ne se dilatait pas à la douleur. L'affaiblissement de la vue est rare, l'amaurose se voit semble-t-il chez des hystériques (10 cas Notta).

Il peut exister dans les névralgies d'origine Gassérienne des troubles trophiques de la cornée (opacité, ulcération, perforation), du cristallin (cataracte) ; Notta insiste sur le glaucome. On a vu de l'énophtalmie (Wepfer-Méglin) et de l'exophtalmie (Masius).

Odorat. — Sauf les cas de paralysie du trijumeau on n'observe que rarement une diminution des facultés olfactives.

Ouïe. — Signalés par Valleix les sifflements et les bourdonnements se rencontrent surtout dans les névralgies de l'auriculotemporal, alors on peut observer une demi surdité (Notta) qui peut même devenir complète (due à une hypertension du liquide labyrinthique).

Goût. — Les troubles du goût sont extrêmement rares ils ont été signalés par Forkle (goût métallique au moment des accès). On a pu observer la langue noire pileuse (Wallerand).

B. Formes cliniques de la grande névralgie faciale. — Suivant le terrain sur lequel s'installe la névralgie faciale, celle-ci peut revêtir quelques caractères particuliers que nous tenons à signaler. M. Fernand Lévy en a distingué 3 formes :

- 1° La grande névralgie faciale des arthritiques ;
- 2° La grande névralgie faciale des neuro-arthritiques ;

3° La grande névralgie faciale des nerveux.

La première (*névralgie des arthritiques*) s'observe chez les arthritiques nets migraineux en pleine activité. Tantôt la névralgie est purement osseuse, bien limitée, elle est apparue d'emblée ou secondairement. Quelquefois c'est une névralgie mixte (osseuse et parties molles) mais jamais l'on ne trouve chez ces malades de névralgie isolée des parties molles (Fernand Lévy). Même dans les formes pures on ne trouve jamais de phénomènes *moteurs associés*.

La deuxième forme (neuro-arthritique) se rencontre chez des individus qui outre leur passé nerveux présentent encore la migraine. La douleur peut être limitée dès le début, ou primitivement généralisée, ne se localiser qu'ensuite à une ou deux branches du nerf. Elle suit les rameaux d'anastomose plutôt que les troncs nerveux eux-mêmes. Les irradiations sont ici plus fréquentes et plus étendues que dans la variété des arthritiques purs. Les névralgies atteignent à la fois les parties dures et les parties molles, le début se faisant de préférence par des points osseux, s'étendant ensuite aux autres tissus.

Dans la troisième forme (névralgie des nerveux) les sujets ne sont pas arthritiques, ne présentent pas de migraines. Les névralgies atteignent surtout les parties molles, les douleurs sont moins bien localisées, ont des irradiations diverses. On peut aussi observer cependant des névralgies mixtes (osseuses et parties molles). Quant au début des crises névralgiques, il peut être influencé par toutes sortes d'états émotifs.

La durée de l'affection est donc variable.

Névralgie faciale des édentés. — A la grande névralgie faciale on peut rattacher cette forme qui a été décrite par Gross (Philadelphie) chez les vieillards, siégeant dans les alvéoles édentées et la gencive qui les recouvre. Atteint le plus souvent la mâchoire supérieure, rarement les parties molles. Elle se caractérise par les accès de douleurs paroxystiques (picotements, douleurs sourdes, douleurs violentes), s'accompagnant quelquefois de spasmes des muscles de la face.

La marche en est progressive et les douleurs deviennent bien-

tôt intolérables entraînant des troubles de l'état général (insomnie, troubles digestifs, dépression morale).

La cause réside pour Gross dans la compression des filets terminaux des branches de la cinquième paire dans les canalicules osseux alvéolaires qu'ils traversent, par suite du dépôt de matière osseuse. Duplay a repris cette question ; il a montré que cette névralgie a toujours pour point de départ l'alvéole d'une dent arrachée et il a pensé qu'il pourrait bien s'agir de petits névromes douloureux, comme on en observe à l'extrémité des nerfs après les amputations, ce serait « une névralgie du maxillaire qui ne guérirait que par résection du rebord alvéolaire point de départ de la douleur ». Cette conception a été développée par Jarre (Magitot) et par Cruet, qui a appelé ces formes : névralgies alvéolaires.

C. Evolution. — Au début les crises névralgiques sont largement espacées (mois, années). Au bout d'un temps plus ou moins long elles se rapprochent, augmentent de violence et peuvent devenir subintrantes. La durée de l'affection est variable mais peut persister des années, on l'a vu disparaître à la ménopause. C'est une affection susceptible de longues rémissions spontanées, bien qu'elles semblent quelquefois dépendre de l'intervention du médecin, rémissions qui peuvent durer des mois, des années. Puis le plus souvent sans cause, les douleurs réapparaissent dans la même région de la face, empruntant d'autrefois le domaine d'une autre branche ou s'installant du côté opposé à celui où siégeait primitivement la névralgie. Dans certains cas, les malades sont soumis à un véritable supplice et leurs douleurs incessantes les poussent au suicide.

Le pronostic doit être réservé ; cependant même la longue durée de la maladie ne doit pas faire porter un pronostic définitivement mauvais et il faut savoir qu'on peut observer quelquefois des guérisons inespérées.

III. — Névralgies des plexus de la face.

Les plexus de la face proviennent de l'intrication des rameaux terminaux de la 5^e et de la 7^e paire et leur irritation peut être cause de névralgie. On peut en distinguer deux variétés :

1^o Les névralgies des plexus de la face proprement dites avec ou sans participation des plexus dentaires ;

2^o Les névralgies du nerf facial.

La 1^{re} *variété* relève de traumatismes accidentels ou chirurgicaux. Fréquente avant l'antisepsie elle compliquait souvent les interventions chirurgicales dans la région cervico-faciale. Aujourd'hui on ne les rencontre plus guère.

La 2^e *variété* (névralgies des fibres sensitives du nerf facial) névralgie d'emprunt du nerf facial peut exister sans paralysie (très rare) ou avec paralysie du nerf de la 7^e paire (beaucoup plus fréquente).

Dans le premier cas (cas de Jacquet) le seul symptôme en dehors de la douleur spontanée très violente consistait en points douloureux sur le trajet du facial, sans aucun point douloureux sur les branches terminales du nerf de la 5^e paire.

Les névralgies du facial dans les paralysies de la 7^e paire sont bien connues. Les douleurs peuvent précéder, accompagner, suivre la paralysie. Elles sont le plus souvent localisées. Au pourtour du trou stylo-mastoïdien rarement elles occupent la moitié du visage correspondante. Elles ont des caractères variables : tiraillements, battements, lancées.

Enfin si l'excitation qui a provoqué la douleur a excité le nerf facial au lieu de le paralyser on peut avoir des phénomènes spasmodiques associés aux phénomènes névralgiques : Lévy en a observé un cas.

Les signes de névralgies faciales sont suffisamment nets et nous avons si longuement insisté dans notre description sur les différents types cliniques que l'on peut rencontrer que nous croyons inutile de consacrer un chapitre au diagnostic. Celui-ci sera facile, croyons-nous, avec les éléments que nous venons d'exposer.

CHAPITRE III

TRAITEMENT DE LA NÉVRALGIE FACIALE

Le traitement médical de la névralgie faciale consiste uniquement dans l'emploi des divers analgésiques pris soit par la voie digestive, soit par injection sous-cutanée : dans ce cadre rentrent les injections de morphine, d'atropine, d'antipyrine, de strychnine, etc., mais nous ferons une place à part aux injections *loco-dolenti* de diverses substances et notamment d'alcool dont la technique sera exposée dans le chapitre suivant.

Nous ne nous occuperons donc ici que du traitement chirurgical de la névralgie faciale et nous exposerons ici les diverses opérations qui ont été exécutées. Ce sont :

- 1° L'opération de Jarre.
- 2° Les opérations sur les filets et les branches du trijumeau.
- 3° La résection du ganglion de Meckel.
- 4° La résection du ganglion de Gasser.
- 5° La résection du ganglion cervical supérieur du grand sympathique.
- 6° La trépanation crânienne.

L'opération de Jarre avait déjà été pratiquée avant cet auteur par Gross de Philadelphie et par Duplay, mais à Jarre revient le mérite de l'avoir mise régulièrement en pratique. Elle consiste dans la résection du rebord alvéolaire à la pince-gouge après décollement des gencives. Cette opération a pu donner des succès définitifs, en général elle ne donne que des rémissions de durée plus ou moins longue.

Les opérations portant sur les filets et branches du trijumeau sont : la névrotomie, la névrectomie, l'élongation.

L'élongation sur le trijumeau n'a donné que de mauvais résultats : la névrotomie n'est pas suffisante, car il peut y avoir régénération du nerf, il faut donc préférer la névrectomie.

Ces opérations peuvent porter soit sur les filets, soit sur les troncs dans les cas de névralgie isolée. Quand la névralgie est généralisée Letiéviant propose la polynévrectomie, c'est-à-dire la résection de nombreux filets, mais il est alors préférable d'agir sur les troncs.

Il est facile d'atteindre les principaux filets :

Le nasal externe et le nasal interne : à l'angle interne de l'orbite.

Le frontal : en arrière du rebord orbitaire supérieur ou au niveau de la fente sphénoïdale en suivant la voûte orbitaire (Villar).

Le sous-orbitaire : au trou sous-orbitaire suivant le procédé de Poirier.

L'auriculo-temporal : au devant du tragus.

Le buccal : par voie cutanée ou par voie buccale, en dehors de la saillie du ptérygoïdien interne.

Le dentaire inférieur : au trou mentonnier ou dans le canal dentaire ou avant son entrée dans le canal.

Le lingual : soit par voie buccale, soit par voie cutanée sous-maxillaire ou transmaxillaire.

Le lingual et le dentaire inférieur peuvent être découverts ensemble au niveau de l'épine de Spix par le procédé de Horsley avec résection du maxillaire agrandissant l'échancrure sigmoïde.

Parmi les trois troncs du trijumeau c'est seulement le maxillaire supérieur et l'inférieur qu'on a cherché à atteindre, l'ophtalmique étant tout entier intra-crânien.

Le nerf maxillaire supérieur peut être découvert dans l'orbite ou dans la fente ptérygo-maxillaire avec le *ganglion de Meckel*.

Dans l'orbite : c'est le procédé de Letiéviant qui soulève le globe oculaire et va accrocher le nerf avec un crochet mousse pour le reséquer.

Dans la fente ptérygo-maxillaire le nerf peut être atteint soit en ouvrant le sinus maxillaire, c'est le procédé de Kocher, soit en passant derrière le maxillaire, c'est le procédé Lossen-Braun-Segond. Poirier découvre le nerf en suivant le plafond de la fosse ptérygo-maxillaire après résection du muscle temporal, sans résection osseuse.

Le nerf maxillaire inférieur se découvre au trou ovale par le procédé de Salzer ou résection temporaire du zygoma.

Krönléin découvre simultanément les deux nerfs maxillaires par la résection temporaire du zygoma puis de la coronoïde, par la préparation qu'on fait d'ordinaire pour les masticateurs et leurs nerfs.

Ces opérations portant sur les troncs sont souvent insuffisantes, surtout si les trois branches sont atteintes. Il faut alors s'adresser au ganglion de Gasser.

Le ganglion de Gasser peut être abordé par trois voies.

La voie ptérygoïdienne est aujourd'hui abandonnée.

La voie temporo-sphénoïdale expose à la blessure du plexus ptérygoïdien et du sinus sphénoïdal.

La voie temporale semble la voie de choix. On commencera par faire la ligature de la carotide externe, puis par une incision courbe convexe en haut et ayant pour base l'apophyse ptérygoïde, on tracera un lambeau formé des parties molles ayant 6 centimètres de flèche. On sectionne l'arc zygomatique.

Arrivé sur le crâne on fait une craniectomie et on rabat le tout en un lambeau total. La dure-mère est alors décollée en reclinant en haut le cerveau recouvert par cette mécanique : On sectionne la méningée moyenne au trou petit rond, et on recherche le trou ovale et le nerf maxillaire inférieur. Celui-ci conduit sur le ganglion de Gasser qui est libéré et excisé par arrachement.

Les accidents opératoires consistent surtout dans l'hémorragie qui est gênante, mais pas très grave. La mortalité est assez considérable, il est rare que le malade succombe par choc, mais le plus souvent par infection : méningo-encéphalite.

Souvent on a cru enlever le ganglion et on ne l'a pas enlevé :

un examen histologique des fragments extirpés est indispensable. C'est seulement quand le ganglion a été bien enlevé qu'on peut espérer la guérison radicale.

Il faut encore signaler parmi les accidents possibles au cours de l'opération la blessure du moteur oculaire commun, celle du grand pétreux superficiel, la déchirure de la dure-mère.

L'opération est délicate, mais elle est logique et sa mortalité (14,5 p. 100 d'après Prat) n'est pas hors de proportion avec la gravité de l'affection.

La *résection du ganglion cervical supérieur* du grand sympathique a été exécutée par Jaboulay en 1899.

On sait que le trijumeau contient de nombreuses fibres sympathiques. On peut supposer que ces fibres jouent un rôle dans la névralgie faciale. Beaucoup de physiologistes ont bien incriminé le grand sympathique dans la migraine.

Après sympathicectomie on a d'ailleurs constaté des dégénérescences dans la région du quatrième ventricule où naît le trijumeau. Mais on n'a pas démontré encore l'atrophie du ganglion de Gasser après la résection du sympathique.

Enfin la suppression de ce nerf produit des modifications vaso-motrices qui peuvent amener la disparition de la douleur.

Cette intervention est donc logique.

On l'a accusée de déterminer le syndrome dit sympathique facial : myosis, exophtalmie, etc. Cependant ce n'est pas une opération dangereuse et elle a actuellement beaucoup de défenseurs. Bégouin (de Bordeaux) et Vidal (d'Arras) l'ont combinée avec la résection du sympathique.

La *trépanation crânienne pariéto-frontale* n'a été faite que deux fois sur l'hémisphère opposé par Jaboulay et par Morestin. Il est impossible de tirer des conclusions de ces deux cas.

La lecture des rapports et discussions du dernier Congrès français de chirurgie montre que l'accord ne règne pas parmi les chirurgiens sur le traitement de la névralgie faciale.

M. Jaboulay y défend les opérations sanglantes et notamment la section de la grosse racine du ganglion de Gasser et la résection du sympathique. M. Morestin est plus favorable aux traitements par les injections d'alcool : il ne croit pas que la sympathicectomie soit une méthode très fidèle.

Dollinger fait la section des racines du ganglion de Gasser.

M. Thévenat se borne aux opérations périphériques.

Villar pense que seule l'ablation du ganglion de Gasser est radicale.

Broekaert (de Gand) croit au contraire que l'arrachement des maxillaires supérieur et inférieur produit le même effet.

M. Doyen n'enlève le ganglion de Gasser que si la lésion porte sur les trois branches.

M. Bégouin combine la résection du sympathique avec l'arrachement des branches périphériques, du trijumeau.

Vidal se rallie aussi à la sympathicectomie.

Abadie et Sicard plaident la cause des injections d'alcool.

Nous avons exposé complètement l'état actuel du traitement chirurgical de la névralgie faciale, et montré l'orientation qu'il semblait prendre. C'est donc, maintenant qu'il importe de préciser certains points de détail des techniques nouvelles et d'essayer de tirer quelques enseignements de l'étude des faits suivis.

Les deux méthodes d'injection d'alcool.

La méthode qui semble avoir réuni tous les suffrages est celle de l'injection au niveau de l'émergence des nerfs de la boîte crânienne (trous de la base du crâne) trous ovale et grand rond.

C'est une méthode qui a donné les résultats les plus beaux entre les mains de Schlösser, Oswald, Levy et Baudoin, et surtout Sicard qui a présenté au Congrès de chirurgie dernier une statistique vraiment impressionnante (39 guérisons complètes), chez 7 autres malades les trous ovale et grand rond n'ayant pu être atteints et les troncs nerveux ayant échappé à l'action directe de l'alcool, le résultat a été incomplet.

Jamais d'accidents, une proportion de guérison de 84 0/0 sur des sujets n'ayant pas été opérés chirurgicalement déjà, une possibilité de réobtenir le même résultat si les accidents reparaissent, une conservation parfaite de l'esthétique du visage, pas la moindre déformation, pas la moindre cicatrice, tel est le bilan de la méthode de l'injection d'alcool au niveau des trous de la base du crâne.

Ne peut-on cependant formuler quelques réserves théoriques peut-être, à son sujet ?

1^o Pour un anatomiste expérimenté, il est relativement simple d'aborder les trous de la base du crâne avec la simple aiguille de Pravaz, longue de Sicard ou l'aiguille trocart de Lévy et Baudoin.

Mais la méthode offre encore quelques difficultés de technique devant lesquelles un praticien peu expérimenté reculera certainement ; il aura toujours la crainte, chimérique peut-être, d'enfoncer une aiguille aussi profondément et sa crainte arrêtera sa main, si bien qu'il restera probablement souvent en deçà du point à atteindre.

2^o Si la branche maxillaire supérieure du trijumeau est uniquement sensitive et que son alcoolisation suivie de destruction physiologique du nerf n'amène qu'une insensibilité dans son territoire cutané, muqueux et osseux, il se peut qu'il n'en soit pas de même pour le nerf maxillaire inférieur. Nerf mixte à la fois moteur et sensitif, il préside à la mobilité de la partie correspondante du maxillaire inférieur (mouvements d'élévation, d'abaissement, de projection en avant et en arrière, de déduction).

Au dernier Congrès allemand de médecine interne où la question du traitement des névralgies avait été mise à l'ordre du jour, n'a-t-on pas cité des exemples de paralysies graves et permanentes dans le domaine moteur du sciatique à la suite d'injections d'alcool pratiquées dans le tronc même de ce nerf, et les expériences de Schlösser et de Lange ont confirmé ces faits observés. Il semble qu'il doive en être de même pour la racine motrice du maxillaire inférieur. Nous ne croyons pas qu'il puisse exister un artifice particulier permettant d'alcooliser le

maxillaire inférieur sensitif à l'exclusion de sa racine motrice.

3° Il est absolument impossible d'atteindre l'ophtalmique au niveau de son émergence à la base du crâne.

Au niveau de la fente sphénoïdale il est déjà divisé en ses trois branches et l'injection à ce niveau alcooliserait en dehors de la zone de Zinn tout au moins le nerf pathétique dont l'importance est de tout premier ordre, sans préjuger des dangers de la pénétration dans la zone de Zinn, de la lésion du moteur oculaire commun, du moteur oculaire externe et des vaisseaux et nerfs importants avoisinants.

La méthode des injections périphériques sur le trajet des nerfs, au niveau de leur épanouissement ou à leur émergence des canaux creusés dans les os du massif facial est moins bien connue ou plutôt moins employée actuellement, elle est passible de plusieurs reproches mais on ne peut lui dénier certains avantages. Voyons ces derniers.

1° Simple, facile, à la portée de tous sans qu'il soit besoin de connaissances bien spéciales, elle ne demande comme instrumentation que la simple petite seringue de Pravaz avec l'aiguille la plus ordinaire du monde.

Les points d'émergence faciale des branches sensitives du trijumeau sont des plus faciles à atteindre, c'est pour ainsi dire un jeu d'enfant que de les piquer avec une aiguille. Dans l'observation II (malade, qui avait une névralgie du lingual) c'est avec la plus grande facilité qu'on injectait 6 gouttes d'alcool loco dolenti.

2° On n'a pas à craindre la lésion de vaisseaux et de nerfs importants dans l'alcoolisation de ces branches d'épanouissement, de ces bouquets terminaux.

3° Tous les bouquets terminaux peuvent être alcoolisés sans aucune exception.

On peut lui reprocher : 1° D'amener fréquemment des paralysies faciales parcellaires.

Evidemment c'est un reproche justifié. On ne peut guère considérer ces faits de parésie comme quantité négligeable quand il s'agit de muscles à fonction importante (orbiculaire des pau-

pières muscles de Horner, orbiculaire des lèvres). Ces premiers ont un rôle de protecteurs du globe oculaire (épanouissement des larmes, réflexe de défense contre les corps étrangers, protection du globe durant le sommeil).

La suppression fonctionnelle des seconds peut gêner parfois le malade dans la vie sociale.

Quant à la parésie de muscles comme ceux de la houppe du menton ou du carré du menton, du releveur comme de la lèvre supérieure, du frontal, du pyramidal, elle importe souvent fort peu au malade. Il a quelques rides en moins, grimace légèrement en riant ou en parlant et souvent comme le nôtre « se soucie bien peu de l'expression de physionomie qu'il possède pourvu qu'il ne souffre plus ».

Cette parésie des muscles moteurs de la face n'est pas durable comme cela ressort du fait que nous avons observé. La parésie de l'orbiculaire des paupières est observée chez notre malade le 3 mai 1907, et le 23 juillet 1907 nous revoyons le malade sans aucun signe de paralysie partielle du facial.

Dans la 2^e série d'injection qui lui a été faite, il est une chose intéressante à noter c'est que la paralysie partielle du facial ne s'est pas reproduite. Peut être faut il incriminer deux faits pour l'explication de ce phénomène.

Où l'injection a été faite plus profondément dans le trou sous-orbitaire et la diffusion ne s'est pas faite.

Où l'alcoolisation première a créé une sorte de tissu conjonctif dense qui a empêché la diffusion, et crée une sorte de barrière entre la surface osseuse et l'orbiculaire et ses filets.

M. Sicard fait remarquer que ces paralysies transitoires du facial auraient même un avantage : mettant ce nerf au repos, et il semble même qu'il regrette qu'on ne s'attaque pas plus souvent à lui.

2^o Il faudrait faire un nombre d'injections plus considérable que dans le cas où l'on s'adresse directement à l'émergence crânienne des troncs nerveux.

Après la troisième injection les douleurs ont cessé. Chez notre

malade (Obs. I) les quatrième et cinquième n'ont été faites que pour parfaire l'état de guérison.

Dans la récurrence, 2 injections ont suffi pour amener une guérison maintenue depuis plus d'un an.

Dans l'observation II nous voyons que la douleur a cessé après quelques injections.

Jamais le malade n'a souffert à la suite de ses piqûres, *jamais il n'a été gêné pour manger*.

3° Cette méthode ne s'adresserait d'après la nomenclature qui semble admise aujourd'hui qu'aux cas de la première étape ou étape périphérique.

Mais « l'immense majorité des névralgies du trijumeau sont des névralgies périphériques », d'après M. Morestin, en conséquence, son emploi serait souvent de mise.

En outre : notre malade (obs. I) a présenté nettement les symptômes de la seconde étape ou étape sympathique (hypersécrétion des larmes) de la troisième (étape du facial) voire même de la quatrième puisque le maxillaire inférieur a été atteint secondairement et tardivement.

N'a-t-il pas guéri par de simples interventions périphériques ?

Peut-on établir un parallèle entre les deux méthodes ?

Loin de nous cette prétention. Il faudrait pour cela analyser un grand nombre de faits dont les observations auraient été prises avec un soin jaloux. Que peuvent nos deux petits faits en comparaison des observations nombreuses d'alcoolisation des troncs nerveux à leur sortie des trous du crâne.

Il est cependant possible de tirer quelques observations intéressantes de l'étude de faits suivis avec soin et sans faire un plaidoyer *pro domo*, nous basant sur des constatations matérielles indiscutables, nous pouvons dire que les injections périphériques d'alcool sont faciles, innocentes, généralement curatives.

Dans la lecture d'observations multiples nous avons été frap-

pés de ce fait que bon nombre d'auteurs comparaient les crises douloureuses de la névralgie du trijumeau, à des crises épileptiformes, surtout si elles étaient accompagnées de contractions douloureuses des muscles de la face (tic douloureux de la face). Or bien souvent il a suffi de la destruction d'une zone épileptogène pour voir disparaître les crises consécutives à son excitation (excision de cicatrices dans les fractures du crâne, désenclavement de troncs nerveux englobés par du tissu conjonctif inflammatoire).

Ne peut-il en être de même dans certains cas de névralgie du trijumeau. Dans l'observation I, l'aura siégeait toujours au niveau du sillon labiogénien gauche. Dans l'observation II au niveau de la jonction des 2/3 antérieurs avec le 1/3 postérieur de la langue. L'insensibilisation de cette zone épileptogène ne peut-elle suffire dans certains cas à faire disparaître les crises douloureuses.

Notre ignorance de la pathogénie des névralgies est profonde, nous observons bien les lésions qui peuvent leur donner naissance, et la théorie de l'inflammation nerveuse actuellement règne en maîtresse.

Mais le temps ne permettra-t-il pas de démêler les causes profondes, de classer les névralgies mieux que l'on ne l'a fait jusqu'ici, de voir comment agit la lésion point de départ.

A côté des névrites bien caractérisées, n'y a-t-il pas souvent des lésions pour lesquelles on a employé le grand mot de lésions dynamiques et où l'histologie s'est déclarée impuissante ? Cliniquement il sera sans doute toujours fort difficile de pouvoir différencier ces faits.

Qu'en conclure pratiquement ?

Il faut apporter le plus grand soin à l'examen clinique d'un malade atteint d'une névralgie du trijumeau.

Puisque ces névralgies sont la plupart « périphériques », procéder du simple au composé, et se rappeler qu'une lésion locale minime peut souvent être le point de départ de l'affection, la petite épine qui amène des souffrances intolérables.

1° Bien faire préciser le point de départ de la douleur, bien

faire décrire l'aura nous semble capital en l'espèce. S'il s'agit d'une paralysie parcellaire limitée à une des branches du trijumeau, examiner alors les territoires cutanés, muqueux, osseux, que cette branche tient sous sa dépendance et prêter une attention toute spéciale au *système dentaire* et aux lésions des cavités accessoires de la face.

2^o Si l'on ne trouve aucune lésion visible penser alors aux cas plus rares de compression nerveuse par des tumeurs cachées (tumeurs exocrâniennes, ou plaques de méningite).

3^o Examiner complètement l'état général et chercher deux grandes infections : *le paludisme, la syphilis*.

Si on a affaire à une névralgie totale, bien faire préciser le point initial, la branche de début, c'est vers ce point que devra porter l'attention.

Pour le traitement procéder également du simple au composé.

1^o On a trouvé une lésion locale (dentaire ou autre), la faire disparaître tout d'abord.

2^o On a découvert une infection générale, pouvant expliquer la névralgie : la traiter.

Si la névralgie est localisée à une des branches commencer par des injections d'alcool périphériques au niveau du point que le malade accuse comme point initial de la douleur. Ne pas se contenter d'un soulagement factice mais continuer les injections jusqu'à complète cessation.

Si 3 ou 4 injections ne donnent aucun résultat monter plus haut et attaquer le tronc nerveux sur un point plus élevé de son trajet.

Si la névralgie est totale, attaquer d'abord par des injections péryphériques l'endroit qui a été le point de départ, passer ensuite aux différentes branches périphériques et ne venir que secondairement à l'émergence crânienne.

La technique est des plus simples.

1^o) *Instruments :*

Une seringue de Pravaz ordinaire avec une aiguille de platine.

2^o) *Liquide à injecter :*

Alcool à 80° ou 90° 2 ctmc.
Cocaïne (chlorhy. de) 1 centigr.
pour une ampoule.

Injecter lentement au niveau du point facial douloureux une quantité d'alcool variable et avec la région à injecter et avec la sensibilité du sujet mais ne dépassant pas un centimètre cube.

Répéter l'injection huit jours après.

S'il y a eu cessation des accidents et récidive répéter le même traitement.

Pour le maxillaire supérieur, pour l'aura genienne ou labiale il faut attaquer au trou sous-orbitaire à 5 mm. du rebord orbitaire sur une ligne descendant verticalement de l'échancrure sus-orbitaire facile à sentir. L'aiguille sera d'abord enfoncée jusqu'à l'os, puis on l'inclinera à 45° sur l'horizontale et on la poussera en dehors, on sera alors au milieu des branches du maxillaire supérieur et on poussera l'injection.

Lorsque l'aura est postérieure injecter dans la gencive point de départ.

Pour le maxillaire inférieur, se rappeler que le trou mentonnier est sur la même ligne verticale que les deux trous sus et sous-orbitaire et que la direction des filets nerveux du bouquet d'épanouissement est oblique en haut, en avant en dedans, dans l'épaisseur des tissus pré-maxillaire. En conséquence on poussera l'injection dans cette direction. Aucun point de repère précis ne peut être donné ni par rapport aux dents ni par rapport au bord inférieur du maxillaire.

On injectera *loco dolenti* dans la fosse temporale et superficiellement le domaine de l'auriculo-temporal et on poussera l'injection dans la langue au point douloureux dans la névralgie du lingual. L'accès de l'ophtalmique est des plus simples au niveau du trou sus-orbitaire que l'on sent toujours fort bien. Une précaution sera à prendre : injecter sur l'os en poussant l'injection en haut vers le frontal.

Le nasal externe sera injecté un peu en dedans et au-dessus

de l'angle interne de l'œil sur la racine du nez. Le frontal et le lacrymal seront alcoolisés au niveau du point douloureux, sur le frontal et non dans l'orbite.

OBSERVATIONS

Observation 1 due à l'obligeance du Dr Gernez. — Mez..., âgé de 37 ans, ébéniste. Né dans l'Indre, aurait eu à l'âge de 7 ans des fièvres intermittentes (Pays marécageux).

En 1892, le malade contracte la syphilis en Algérie. Soigne seul son chancre avec de la poudre d'iodoforme et des bains.

Il a constaté nettement quelques taches de roséole puis ce fut tout. N'a jamais rien eu depuis dit-il, sauf deux poussées d'herpès (?) sur le prépuce.

En 1898, névralgie sciatique et rhumatismes (?) l'obligeant à garder le lit.

En 1903, il ressent de nouveau les mêmes douleurs surtout au repos et par intermittences.

Douleurs dans une jambe, ou dans l'autre ou dans les deux. Parfois douleurs lombaires.

Il supporte des crises de plus en plus fortes jusqu'en 1906.

Vers juillet-août 1903, au bain, sous un soleil chaud, il perçoit une sorte de fourmillement dans le *côté gauche de la tête* au niveau de la fosse temporale, cette douleur a été fortement remarquée par le malade.

Ce n'est qu'en avril 1904 que les premières douleurs se font sentir. Pendant la toilette du matin, lorsque la serviette imbibée d'eau froide est appliquée sur le côté gauche de la lèvre supérieure, la tête étant baissée, le malade ressent une douleur dans la région fronto-pariétale gauche : Ces douleurs étaient très tolérables et ont duré environ 3 mois, puis ont disparu sans qu'il y ait eu aucun soin particulier, aucune médication.

En octobre 1904, les douleurs recommencent à inquiéter le malade pendant la toilette du matin, et à partir de ce moment il ne peut plus employer d'eau froide ni frotter les régions jugale-labiale supérieure gauche, temporo-frontale gauche.

Les douleurs sont plus vives, les élancements plus longs et plus aigus, augmentant de durée et d'intensité.

Les courants d'air déterminent maintenant des crises douloureuses

dont le maximum siège toujours au niveau de la partie antérieure de la fosse temporale gauche.

Devant les progrès du mal, le malade se décide enfin à voir un médecin en décembre 1904. Prescriptions :

Aconitine cristallisée.

Bromure de potassium.

Aucun soulagement n'est apporté à ses douleurs. On ordonne ensuite Phénacétine et pyramidon à la dose de 3 gr. par jour, avec du salicylate de méthyle en applications locales.

Cette fois le malade est calmé mais pour quelques jours seulement puisqu'en janvier 1905, le 3 janvier les crises reviennent plus fortes : l'œil pleure, impossibilité de s'alimenter, les premiers mouvements de la mastication déterminent des crises douloureuses violentes et longues, qui cessent après 5 à 10 minutes et permettent au malade d'absorber un peu de nourriture liquide.

Avec 0 gr. 75 de Bromhydrate de quinine, 3 gr. de phénacétine et pyramidon mélangés, 4 cuillerées à soupe de sirop de morphine en 24 heures, le malade ressent un léger soulagement mais au bout de quelques jours les crises reviennent de plus belle. Le malade se présente à la consultation de l'Hôpital St-Antoine à la fin de janvier.

On lui recommande de se faire arracher des dents cariées et il s'en suit un léger soulagement mais de courte durée.

En avril 1905 le malade va consulter à l'hôpital de la Salpêtrière. Bromure, douches, bains sulfureux.

Aucun soulagement et découragé le malade abandonne tout traitement. Il supporte son mal qui lui laisse quelques moments de calme entre des crises qui se reproduisent à intervalles irréguliers.

Jusqu'en mars 1907 il ne cherche d'autre remède que dans l'action problématique de deux vésicatoires appliqués sur l'épaule sans aucun résultat. A ce moment, la souffrance devient intolérable, le mal a progressé, les crises sont plus fortes et plus rapprochées, *le malade est obligé d'abandonner son travail.*

La douleur qui siègeait au niveau de la partie antérieure de la fosse temporale gauche, s'accompagne d'un autre point douloureux ayant son siège dans le côté gauche et la lèvre supérieure. Impossibilité complète de manger pendant les crises. Cependant le malade absorbe ses aliments avec rage sans les mastiquer, et supporte une véritable torture.

L'usage de la parole même lui est interdit, tant le moindre attouchement et le moindre mouvement provoque de violentes douleurs.

Le malade demeure constamment la bouche à demi ouverte et ne peut supporter aucun bruit. L'intensité du mal atteint son apogée : la

vie sociale est devenue impossible pour cet homme ; il prend 4 gr. d'aspirine par jour, 3 milligrammes d'aconitine.

Un autre jour ayant une potion à prendre par cuillerées à soupe,

Ext. thébaïque	0,30 centigr.
Ext. belladone	0,20 centigr.
Analgesine	15 gr.
Bromure de K	10 gr.
Sirop	150 gr.

il prend la totalité de cette préparation en 24 heures, sans le moindre soulagement.

Le lendemain il prend six centigrammes de chlorhydrate de morphine, s'endort un peu mais est souvent réveillé par la douleur.

Le malade vient consulter le 28 mars 1907.

Voix sourde sans desserrer les dents, un mouchoir étant appliqué en permanence sur la face à gauche pour éviter la sensation de l'air.

Le malade a la tête légèrement inclinée à gauche. Il immobilise tout le côté gauche de la face.

1° Le nerf maxillaire inférieur est complètement sain (mentonnier auriculo-temporal, lingual).

2° L'ophtalmique également (rien à l'émergence du naso-lobaire, du nasal externe, du frontal).

Le point temporal près de l'apophyse externe du frontal dépend sans doute du lacrymal.

3° L'examen du nerf maxillaire supérieur montre que le point de départ de la crise siège au niveau du sillon séparant la lèvre supérieure de la joue du côté gauche à 1 cm. du sillon naso-génien, le plus petit frolement, le moindre attouchement détermine une douleur violente.

Le tronc du nerf au niveau du trou sous-orbitaire est un peu douloureux à la pression.

L'examen des mâchoires montre :

1° En haut l'absence des deux petites molaires gauches et de la 2^e grosse molaire gauche.

La 2^e petite molaire droite manque.

2° En bas, absence de la 1^{re} grosse molaire gauche. Les autres dents sont saines (inspection et percussion) le tartre est assez abondant.

La dentition fut examinée par le Dr Cassette, le tartre enlevé.

Examen des sinus et des fosses nasales. — Pratiqué à l'hôpital Saint-Antoine, il donne un résultat négatif.

On institue un traitement mercuriel :

4 centigrammes de bi-iodure par jour.

5 grammes d'iodure de potassium.

Le 7^e jour de ce traitement *le malade éprouve un soulagement complet*, les crises ont disparu complètement, mais sous la pression les points douloureux sont encore sensibles.

Le mieux n'est que passager, car les crises recommencent le 10^e jour.

Il est intéressant de noter que le malade qui prenait 6 grammes d'iodure de potassium par jour est obligé de cesser ce traitement intensif par suite des accidents d'iodisme qu'il présente.

On continue le traitement mercuriel jusqu'au 25^e jour.

Le 19 avril. — Une injection d'alcool au niveau du trou sous-orbitaire, avec la solution suivante :

Chlorhydrate de cocaïne	0,01 centigr.
Alcool à 80°	2 cent. cubes.

On injecte environ 1 cent. cube.

Insensibilité immédiate de la région labiale et jugale.

Le lendemain gonflement léger au niveau de la fosse canine, le gonflement augmente pendant 3 jours puis décroît.

Le soulagement a été immédiat : *le malade ne perçoit plus aucun joint douloureux pendant 3 jours*. Il peut reprendre son travail et sa vie ordinaire.

Le 23 avril. — Les douleurs reprennent aussi longues et aussi intenses.

Le 26 avril. — Nouvelle injection d'alcool au niveau du trou sous-orbitaire.

La piqûre a été très douloureuse dans la soirée, et le lendemain matin le malade souffre encore, mais bientôt la douleur diminue, et le 30 le malade se réjouit de pouvoir, comme il dit, « se débarbouiller à son aise » ; il se lave à l'eau froide, ce qu'il n'a pu faire depuis plus de 3 ans. Il mange, parle, et rit sans ressentir le moindre malaise.

Le 3 mai. — Légère parésie du facial à gauche (l'orbiculaire se ferme bien mais après 2 ou 3 efforts le malade présente une légère asymétrie de la face dans la région labiale et la gencive gauche, très visible lorsqu'il rit (traits tirés à droite).

Il ne peut plus siffler.

Nouvelle injection d'alcool (3^e).

Le 10 mai. — Nouvelle injection

Le 17 mai. — Injection d'alcool.

Depuis le 28 avril le malade n'a ressenti aucune douleur. Il est radicalement soulagé et n'a pas eu depuis quatre ans un seul jour de calme comparable à celui dont il jouit depuis cette date. Pourtant comme il s'étudie beaucoup et qu'il vit dans la perpétuelle crainte de voir recommencer son martyre, il trouve quelquefois le matin lors-

qu'il promène sa serviette imbibée d'eau tiède sur les points sensibles, un petit point « spécial comme contact » à son dire, mais sans qu'il ressentie aucune douleur.

Le 7 juin, le malade est toujours soulagé mais il a encore une impossibilité de relever la partie gauche de la lèvre supérieure, et l'angle interne de l'œil se ferme difficilement.

La lèvre étant insensible il la mord parfois en mangeant.

Le 5 juillet, il sent en procédant à sa toilette de légers fourmillements dans la lèvre supérieure gauche, et le point temporal, dans la journée une petite crise douloureuse survient. le lendemain et le surlendemain crises petites, mais semblant aller en augmentant.

Le 9 juillet. — Piqure de 1 cc. d'alcool.

Après la piqure, il a la sensation de dents arrachées, le lendemain toute douleur a cessé.

La piqure n'a pas produit de gonflement.

La sensation d'engourdissement est moindre que lors des premières piqures.

Rien n'a été noté du côté de l'œil.

Le 16 juillet. — Piqure de 1 cc. d'alcool.

Pas de douleur. Peu de gonflement le lendemain et les jours suivants.

Le 23 juillet. — Le malade peut siffler. Il sent sa lèvre supérieure gauche en la touchant. Il ne la mord plus, n'a plus les mêmes sensations du côté de l'œil gauche que lors de la première série de piqures. « A ce moment, dit-il, j'avais souvent la vue qui se brouillait du côté gauche lorsque j'étais dans la rue, il me semblait que cela me piquait, et mon œil gauche pleurait ». Les larmes coulaient sans douleur et le malade ne peut fixer longtemps l'objet.

Il sent, dit-il, une légère douleur au niveau de la lèvre inférieure gauche : par précaution on fait une injection de 1 cent. 1/2 d'alcool au niveau du trou mentonnier gauche.

Depuis le 23 juillet 1907, les douleurs ont complètement disparu. Le malade travaille sans ressentir aucune gêne, sans aucune paralysie du côté du facial.

Il n'a pas repris de traitement mercuriel.

Observation II due à l'obligeance de M. le Dr Barbillon, ancien interne des hôpitaux.

M. M., 65 ans. Arthritique, migraineux, sujet aux coliques néphrétiques, souffre depuis une vingtaine d'années d'une névralgie du nerf lingual gauche.

La maladie procède par accès qui durent de longs mois avec intervalles variables mais généralement assez courts, pendant lesquels la dou-

leur cesse complètement pour reprendre ensuite d'une façon brutale et inopinée.

Alors le moindre mouvement provoqué une crise douloureuse : la douleur occupe le bord gauche de la langue, avec maximum très net à l'union des 2/3 antérieurs avec le 1/3 postérieur de ce bord. Elle se traduit par de violents élancements qui arrachent des plaintes au patient, provoquent des contractions dans les muscles de la face, et déterminent un écoulement de salive abondant. La crise douloureuse dure une minute ou deux, s'apaise pour se reproduire plusieurs fois par heure ; elle se produit surtout le jour, plus rarement la nuit, et réveille parfois le malade. En période d'accès la parole et la mastication sont très gênées, et le malade est réduit à se nourrir d'aliments liquides ou semi-liquides. Tous les traitements employés ont échoué : révulsion, application de chlorure de méthyle derrière la mâchoire ; électricité faradique et galvanique ; quinine à haute dose ; antipyrine, pyramidon ; aconitine ; morphine. Cette dernière seule a procuré du soulagement dans les grandes crises. Depuis la fin du mois de mars 1908, les crises douloureuses ont été particulièrement tenaces et violentes.

Le malade accepte d'essayer des injections interstitielles d'alcool loco dolenti.

La première injection est faite le 26 avril : avec la seringue de Pravaz chargée d'alcool à 90°, l'aiguille étant enfoncée à un centimètre de profondeur, j'injecte six gouttes d'alcool à l'endroit où la douleur est le plus intense c'est à dire sur le bord gauche de la langue à l'union du 1/3 postérieur avec les 2/3 antérieurs. Dès le lendemain les douleurs ont disparu, elles reparaissent très légères quelques jours après et une seconde injection de même quantité d'alcool faite le 4 mai les fait disparaître complètement jusqu'aux premiers jours de juin. Les douleurs se montrent de nouveau, très atténuées.

9 juin. — Injection de 6 gouttes d'alcool absolu. Exagération de la douleur pendant 24 heures, et disparition jusqu'au 17 juin.

17 juin. — Injection de 10 gouttes d'alcool absolu. Pas de douleur.

22 juin. — Injection de 10 gouttes d'alcool absolu, faite préventivement les douleurs n'étant pas revenues.

27 juin. — Quelques douleurs vagues. Injection de 10 gouttes d'alcool à 90° additionné de chlorhydrate de cocaïne (Solution au 1/100).

3 juillet. — Pas de douleur. Injection de 10 gouttes d'alcool cocaïné.

23 juillet. — Pas de douleur. Injection de 10 gouttes d'alcool cocaïné. Pendant mon absence, le Dr Morin qui me remplace veut bien à trois reprises continuer le même traitement, à titre plutôt préventif, car les douleurs sont insignifiantes.

Le 3 septembre. — Injection de 10 gouttes d'alcool cocaïné, pour une

légère réapparition de la névralgie. Calme absolu pendant six semaines.

17 octobre. — Quelques élancements douloureux, après une grippe avec congestion pulmonaire. Injection de 10 gouttes d'alcool cocaïné. Soulagement immédiat.

En résumé depuis six mois, sous l'influence de ce traitement, il s'est produit une amélioration considérable dans l'état de M. M. qui éprouve un soulagement qu'aucun autre traitement n'avait pu lui procurer.

CONCLUSIONS

1° La névralgie faciale, névralgie du nerf trijumeau, a donné lieu récemment à de nombreux rapports et travaux originaux ayant surtout en vue le traitement de cette pénible affection.

2° La modeste contribution que nous apportons à cette étude consiste dans deux observations qui ont le mérite d'être exactes et précises. Il s'agit de deux cas traités et guéris par les injections périphériques d'alcool.

3° Cette méthode dont nous décrivons la technique présente à nos yeux les avantages suivants : elle est simple, inoffensive et efficace.

4° Nous ne pensons pas que cette méthode puisse être substituée toujours aux autres méthodes thérapeutiques : celles-ci ont aussi leurs succès : mais elle doit être essayée avant toute intervention grave et parmi les interventions graves nous rangeons non seulement les opérations sanglantes sur le trijumeau et sur le grand sympathique ; mais encore les injections profondes d'alcool.

En somme cette méthode peut être rangée avec le traitement électrique entre le traitement purement médical et le traitement chirurgical proprement dit qu'elle devra toujours précéder.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ANSCHÜTZ. — *Verein deutscher Naturforscher und Aertzte*. Breslau, 1904.
- BENICHON. — *Thèse de Paris*, 1903.
- CRUET. — *Hygiène et thérapeutique des maladies de la bouche*. Paris, 1899.
- COMADS. — *Thèse de Bonn*, 1889.
- CUSHING. — *Journal of the american med. Associat.*, 1904 et 1905.
- DEMAILLASSON. — *Thèse de Paris*, 1905.
- FÉRÉ. — *Revue de Médecine*, 1892, p. 497.
- FOURNIER. — *Traité de la Syphilis*, t. I.
- GILLET. — *Thèse de Paris*, 1903.
- JARRE. — *Acad. de Méd.*, 1893. — *Revue de Stomatologie*, 1894.
- JOURDANNE. — *Thèse de Paris*, 1902.
- LERMOYEZ. — *Annal. des maladies de l'oreille et du larynx*, 1901.
- LÉVY (F.) et BAUDOUIN. — *Presse médicale*, 17 fév. 1906.
- LÉVY (F.). — *Thèse de Paris*, 1906.
- LONG et EGGER. — *Arch. de physiol.*, 1897, p. 905.
- MILIAN. — *Arch. gén. de Méd.*, 1903.
- MORESTIN. — *Congrès de Chirurgie*, 1908.
- MURPHY. — *Journal of the american med. Assoc.*, 1904 et 1905.
- OSTWALT. — *Acad. de Méd.*, 1905. — *Presse Médicale*, 16 déc. 1905.
- POIRIER. — *Soc. de Chir.*, 1899.
- SCHLOESSER. — *Berliner Klin. woch.*, 1906, n° 3.
- SEWILL. — *Brit. med. Journal*, 1897.
- SICARD. — *Congrès de Chirurgie*, 1908.
- VERGER. — *Revue de Médecine*, 1904.
- ZIMMERN. — *Arch. de Neurologie*, 1903.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.	1
CHAPITRE PREMIER. — Partie anatomique.	3
CHAPITRE II. — Etude clinique des névralgies faciales	9
CHAPITRE III. — Traitement de la névralgie faciale	29
OBSERVATIONS	42
CONCLUSIONS	49
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.	50

Vu :

Le Président de la thèse,
POZZI.

Vu :

Le Doyen,
D^r LANDOUZY.

Vu ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

